

Paziente: \_\_\_\_\_ Data rilevazione: \_\_\_\_\_

## Scheda di autovalutazione Sintomi Vaghi e Aspecifici (MUS)

- Barrare le risposte con una crocetta -

|   |    |    |
|---|----|----|
| Soffre da tempo di stanchezza o affaticamento persistente?  | Si | No |
| Ha da tempo disturbi del tono dell'umore?   | Si | No |
| Soffre di insonnia persistente da tempo o di risvegli notturni?                                   | Si | No |
| Soffre da tempo di sonnolenza persistente durante la giornata?                                    | Si | No |
| Si sente da tempo un soggetto ansioso?  | Si | No |
| Si sente da tempo un soggetto apatico?  | Si | No |
| Soffre di attacchi di panico?   | Si | No |
| Percepisce a riposo alterazioni del battito cardiaco (aritmie o tachicardie)?                     | Si | No |
| Ha notato da tempo modificazioni dell'appetito (fame eccessiva o mancanza d'appetito)?            | Si | No |
| Soffre di attacchi di fame notturni?  | Si | No |
| Soffre da tempo di acidità e dolori di stomaco, senso di pienezza, gonfiore dopo i pasti, nausea? | Si | No |
| Soffre da tempo di colon irritabile?  | Si | No |
| Soffre a periodi di stitichezza persistente o alvo alterno?                                       | Si | No |
| Ha spesso mani e piedi sempre freddi?   | Si | No |
| Soffre di alterazione della sudorazione corporea durante il sonno?                                | Si | No |
| Si sveglia spesso di cattivo umore?   | Si | No |
| Prova di frequente un senso di colpa ingiustificato?  | Si | No |
| Incontra difficoltà nel provare piacere o sollievo in seguito a fatti positivi?                   | Si | No |
| Ha riscontrato una decisa perdita di peso negli ultimi mesi?                                      | Si | No |

Età: \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_